

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS
E SERVIÇOS DE SAÚDE**

CYBELE ABRANTES TAVARES

**ANALISE DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE
ITAQUITINGA-PE**

**RECIFE
2010**

CYBELE ABRANTES TAVARES

**ANALISE DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA-PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do Grau de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora:

Dout. Cynthia Maria Barboza do Nascimento

Co-orientadora:

Dout. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A158a Abrantes, Cybele Tavares.
Análise do atendimento pré-natal na atenção primária no município de Itaquitinga – PE. / Cybele Tavares Abrantes. — Recife: C. T. Abrantes, 2010.
53 f.: il., tab., graf.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Cynthia Maria Barboza do Nascimento.
Co-orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 3. Programa Saúde da Família. I. Nascimento, Cynthia Maria Barboza do. II. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. III. Título.

CDU 618.2

CYBELE ABRANTES TAVARES

**ANALISE DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA-PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do Grau de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: 25/11/2010

BANCA EXAMINADORA

Ms. Fabiana Oliveira Silva
Secretaria de Saúde de Camaragibe

Dra. Cynthia Maria Barboza do Nascimento
Secretaria de Saúde de Camaragibe

AGRADECIMENTOS

Á Deus, meu companheiro de todas as horas, que sempre me permiti dividir os milagres da minha vida com aqueles que amo.

Á minha família, em especial, minha mãe Gitânia, avó Maria, tia Hosana e primas (os), por entenderem minha ausência e me confortar e alegrar em nossos encontros maravilhosos.

Ás minhas orientadoras Cynthia Barboza e Paulette Cavalcanti pelas contribuições valiosas na construção deste trabalho e ao amigo Rafael de França responsável pelo interesse na Gestão em Saúde.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente, de alguma forma para a construção deste trabalho.

Aos meus amigos de caminhada e ao meu namorado Luciano Pereira pela amizade, confiança e compreensão.

Aprender é descobrir aquilo que você já sabe. Fazer é demonstrar que você sabe.
Ensinar é lembrar aos outros que eles sabem tanto quanto você. Vocês são todos
aprendizes, fazedores, professores.

Richard Bach

ABRANTES, Cybele Tavares. Análise do atendimento pré-natal na atenção primária no município de Itaquitinga – PE. 2010. Monografia (Especialização em Gestão e Sistema de Serviço de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

A presente pesquisa foi realizada através de um estudo descritivo transversal, analisando o atendimento pré-natal na atenção primária, passando a ser foco de preocupação e discussão depois da criação do Sistema Único de Saúde - SUS na década de 80 e da implantação da Estratégia de Saúde da Família - ESF em 1994 visando à organização da atenção primária sob a ótica dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e participação social; onde encontra-se na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS a definição de 07 grupos de ações estratégicas mínimas e entre elas foi escolhido como objeto de estudo dessa pesquisa a saúde da mulher. Onde se espera uma atenção pré-natal qualificada e humanizada desde o início da gestação, buscando assegurar o bem estar neonatal e materno; contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Dessa forma o presente estudo teve como objetivo realizar o diagnóstico da atenção ao pré-natal no município de Itaquitinga/PE durante o ano de 2009. Buscando verificar as informações de saúde das gestantes acompanhadas nas Unidades de Saúde da Família (USF), identificar a quantidade de gestantes que realizaram pré-natal nas USF's, verificar a cobertura das consultas do pré-natal e identificar onde as gestantes residentes em Itaquitinga pariram em 2009. O estudo foi realizado na Secretaria de Saúde de Itaquitinga, sendo realizada coleta e verificação dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), os mesmos foram tabulados estatisticamente e avaliados com base na literatura atual acerca da temática. Os resultados do presente estudo poderão ser utilizados na reorganização de rotinas de atendimento, na estruturação de unidades de saúde, na construção das políticas de saúde da mulher do município, inovando propostas junto aos profissionais, almejando a melhoria da produção e conseqüentemente o aumento de serviços em saúde para as gestantes.

Palavras chaves: Cuidado Pré-Natal - Serviços de Saúde Materno-Infantil - Programa Saúde da Família.

ABRANTES, Cybele Tavares. Analysis of prenatal care in primary care in the municipality of Itaquitinga - PE. 2010. Monograph (Specialization in Management and Health Service System) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2010.

ABSTRACT

This research was conducted through a cross-sectional study analyzing the pre-natal care in primary care, becoming the focus of concern and discussion after the creation of the Unified Health System - SUS in the 80's and the implementation of the Strategy Family Health - FHS in 1994 aiming at the organization of primary care from the perspective of the principles of universality, accessibility, comprehensiveness and social participation which is at the Operational Health Care - NOAS the definition of 07 groups of minimal strategic actions and among them was chosen as the study of women's health research. Where one expects a pre-natal care from qualified and humanized early pregnancy, trying to ensure the welfare neonatal and maternal, contributing to the reduction of maternal and perinatal morbidity and mortality. Thus the present study was aimed at making the diagnosis of pre-natal care in the municipality of Itaquitinga / PE during the year 2009. Seeking to characterize the profile of the women accompanied by Health Units in the Family (USF), identify the number of women who received prenatal care in USF's, check the coverage of the consultations of prenatal care and identify where the pregnant women living in Itaquitinga calved in 2009. The study was conducted at the Department of Health Itaquitinga being held data collection and verification of the Information System (SIAB) and Information System (SINASC), they were tabulated and statistically evaluated by current literature on the subject. The results from this study can be used in the reorganization of work routines in the structure of health facilities, construction of policies for women's health in the city through innovative proposals aimed at health professionals, aiming to improve the production and consequently the expansion of services health care for pregnant women.

Keywords: Prenatal Care Services - Maternal and Child Health - Family Health Program.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de nascidos vivos do SAIB e SINASC residentes no município de Itaquitinga/PE em 2009.....	32
Gráfico 2 – Faixa etária das gestantes no município de Itaquitinga/PE em 2009	33
Gráfico 3 – Informações de saúde das gestantes cadastradas nas Unidades de Saúde da Família no ano de 2009 – Itaquitinga/PE	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis e suas respectivas descrições.....	29
Tabela 2 – População cadastrada nas Unidades de Saúde da Família em 2009 – Itaquitinga/PE	31
Tabela 3 – Cobertura de atendimento pré-natal nas Unidades de Saúde da Família em 2009 – Itaquitinga/PE	37
Tabela 4 – Número de consultas pré-natal realizadas nas Unidades de Saúde da Família em 2009 – Itaquitinga/PE	38
Tabela 5 – Local de ocorrência dos partos das gestantes em 2009 residentes em Itaquitinga/PE	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo Geral.....	18
3.2 Objetivos Específicos.....	18
4 MARCO TEÓRICO.....	19
4.1 Breve contextualização da Estratégia de Saúde da Família.....	19
4.2 Programas de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).....	21
4.3 Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) Como Instrumento de Acompanhamento e Caracterização das Gestantes.....	24
5 METODOLOGIA.....	27
5.1 Tipo de Estudo.....	27
5.2 Local de Estudo.....	27
5.3 População de Estudo.....	27
5.4 Período de Estudo.....	28
5.5 Coleta e Análise dos Dados.....	28
5.6 Plano de Análise.....	28
5.7 Variáveis.....	29
5.8 Apresentação dos Resultados.....	29
5.9 Considerações Éticas.....	30
6 RESULTADO E DISCUSSÕES.....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE A – Declaração de Participação.....	50
APÊNDICE B – Declaração de Compromisso Junto ao CEP/CPqAM.....	51
APÊNDICE C – Carta de Encaminhamento do Projeto ao CEP.....	52
ANEXO A – Carta de Anuência.....	53

1 INTRODUÇÃO

Desde o final da década de 40, predominava uma inversão dos gastos públicos, que favorecia a assistência médica em relação à saúde pública. Cerca de 20 anos após, a dicotomia assistência médica/saúde pública reforçava um modelo assistencial que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira. Nesse período, propunha-se um padrão tecnológico mais racional, de menor custo, integrado em seus vários campos de atuação e sem a influência das leis de mercado, subordinando a assistência médica à lógica da saúde pública (MERHY; QUEIROZ apud SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Na década de 80, alguns países iniciaram os primeiros passos em direção à reorganização da assistência à saúde, destacando-se o Canadá, Cuba, Inglaterra e outros como pioneiros das mudanças nos serviços primários de saúde de reconhecida resolutividade e impacto. Das experiências mundiais e as realizadas em vários pontos do território brasileiro foi elaborada a estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica, denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006).

Assim, o Ministério da Saúde, no ano de 1994, deu início à implementação da ESF no Brasil, como política nacional de atenção primária.

Dessa forma, o propósito da ESF era a organização da prática da atenção à saúde sob novas bases, substituindo o modelo tradicional, com o intuito de levar a saúde para mais próximo das famílias. Dessa forma, ocorreria uma melhoria na qualidade de vida dos brasileiros.

Essa estratégia, oferta uma atenção primária, que é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo e atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordenando ou integrando a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

Sendo na literatura nacional ressaltado o potencial reformador da atenção primária em favor de melhores resultados sanitários e como princípio ordenador da

hierarquização da oferta (MENDES, 1993), e destaca tecnologias de ações por meio de programas de saúde coletiva como seus principais instrumentos (SCHRAIBER, 1990). As ações básicas enfatizam em suas rotinas o que tradicionalmente é tratado como prevenção primária (LEAVELL, 1976).

Entretanto é a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que induz à regionalização da oferta de serviços, onde são definidos sete grupos de ações estratégicas e mínimas em termos de atenção primária: controle da tuberculose; controle da hanseníase; controle da hipertensão; controle da diabetes mellitus; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança; e ações de saúde da mulher (RIBEIRO, 2004).

Segundo Figueiredo e Rossoni (2008), a saúde da mulher apresenta-se como um tema oportuno e pertinente ao debate, parecendo, ainda hoje, ser necessário discutir e tentar encontrar soluções para enfrentar o insistente problema da mortalidade associada ao processo de reprodução.

Devido essa problemática, no início do século XX foi criado o pré-natal, preocupando-se com a saúde da grávida e de seu feto, com a finalidade de diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil (GALLETTA, 2003). No Brasil o pré-natal vem se tornando assunto de grande importância em Saúde Pública, principalmente pelo perfil sócio-econômico da população brasileira, onde uma considerável parte das mulheres tem baixa renda, tendo acesso ao pré-natal apenas nos serviços públicos o que torna maior essa abrangência após a ESF (SCHWARCZ et al., 1996).

A partir da implantação do pré-natal, os profissionais de saúde da atenção primária tiveram que adquirir um conhecimento mais amplo relacionado ao pré-natal, pois a gravidez e o puerpério são influenciados por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis à população (NETO; BATISTA, 2002).

Nessa perspectiva, o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

No entanto, é observado que parte das consultas médicas de pré-natal no serviço público são muito rápidas, fazendo com que possíveis anormalidades não

sejam percebidas e impedindo que as mulheres não manifestem suas queixas, dúvidas e medos intrínsecos à gravidez (BRASIL, 2001). Esse fato tem motivado a preocupação de gestores de saúde, tendo em vista que se relaciona aos altos índices de mortalidade materna no Brasil, o qual, em 2001, foi de 74.5 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Em comparação com países desenvolvidos, cuja taxa é de 09 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2000a).

Por isso, faz-se necessária a existência de serviços de saúde acessíveis (em termos de local geográfico e de horário de funcionamento), de baixo custo, de qualidade adequada e principalmente de profissionais qualificados e especializados.

Além da consciência da importância por parte dos profissionais de saúde dos dados registrados nos prontuários das Unidades de Saúde da Família (USF), que é de vital importância para o acompanhamento da paciente e bom andamento do processo gestacional, bem como para a avaliação periódica do programa, fornecendo também informações sobre a proporção de gestantes que não freqüentaram o pré-natal, que o iniciaram no primeiro trimestre de gravidez e o número médio de consultas pré-natais (BRASIL, 2004a).

Sendo importante que o conteúdo registrado nos prontuários e todas as anotações, devam ser avaliados pelo profissional de saúde e servir como sinal de alerta para potenciais situações de perigo (BRASIL, 2006).

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. Sendo contínua e sistemática cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham coresponsabilidades (BRASIL, 2003).

Sendo assim a avaliação, o acompanhamento das ações e os resultados são fundamentais na adaptação das políticas e das ações implementadas. O Sistema de Informação da Atenção Básica (Dados do Sistema de Atenção Básica) e o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (Pacto de Indicadores da Atenção Básica) são citados entre os esforços governamentais realizados neste sentido (NEDEL, 2008).

Contudo, é ressaltada a importância do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como uma ferramenta de planejamento e orientação para a gestão

das equipes de saúde da família na ESF e de Agentes Comunitários de Saúde no Pacs (BITTAR et al., 2009).

Além do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que também foi outro sistema utilizado com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional (BRASIL, 2004b).

Diante do exposto, fica claro a importância e necessidade de utilizar as informações existentes no SIAB e SINASC sobre o pré-natal, para que se possa realizar avaliações e monitoramentos, uma vez que esses sistemas de informação contribuem para observar os indicadores, sendo uma ferramenta para gestão e profissionais, possibilitando o desenvolvimento de estratégias que ajudem a melhorar a qualidade do atendimento as gestantes.

Por isso, os sistemas de informações citados acima, foram utilizados para realizar o diagnóstico da atenção ao pré-natal no município de Itaqui/PE.

2 JUSTIFICATIVA

Foi através dos sistemas de informação, que é uma ferramenta potente para se trabalhar com indicadores, que se observou uma defasagem nos dados relacionados a cobertura de pré-natal no município de Itaquitinga, além das gestantes estarem parindo em outros municípios. Um fato que historicamente vem ocorrendo e que pode ter sido ocasionado pela constante rotatividade dos profissionais de saúde, podendo levar a não construção de vínculo e confiança entre o profissional e a comunidade; além da falta de estrutura física que era visível da sala de parto do único hospital de pequeno porte que há no município e que, agora estruturada está ocorrendo um considerável aumento no número de partos no corrente ano.

Devido a esta realidade local, observou-se a necessidade e importância de realizar um estudo sobre o referido tema e elucidar os seguintes questionamentos: Qual o diagnóstico da atenção ao pré-natal? Qual as informações de saúde das gestantes cadastradas nas USF's? A cobertura do pré-natal é adequada? Onde as gestantes de Itaquitinga estão parindo?

Frente a essas questões, justifica-se o estudo pelas contribuições que poderão trazer para o município, pois é fato que os processos de avaliação de cobertura de consultas nas USF's são ainda incipientes, não tendo sido incorporados às práticas dos serviços de saúde, mas que em algum momento a avaliação tem de vir a ser uma prática do dia-a-dia. Constituindo um instrumento de suporte ao processo decisório e de formação dos sujeitos que, em tese, deveriam estar envolvidos (profissionais de saúde, gestores e usuários do sistema de saúde), em todas as atividades planejadas e executadas.

A partir da unificação e estudo dos dados dos sistemas de informação obtidos nessa pesquisa, os mesmo poderão contribuir para reorganização de rotinas e fluxo de atendimento, na estruturação de Unidades de Saúde, na construção das políticas de saúde da mulher do município de Itaquitinga/PE, melhor direcionando as ações da atenção primária, inovando e criando propostas junto aos profissionais, almejando a melhoria da produção e conseqüentemente o aumento da qualidade do pré-natal e de serviços em saúde para as gestantes.

Uma vez que o aperfeiçoamento de qualquer serviço advém de monitoramento, avaliações e adaptações diante da realidade encontrada, essa pesquisa irá facilitar o crescimento do município na medida em que as necessidades de saúde da população vão sendo sanadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Realizar o diagnóstico da atenção ao pré-natal no município de Itaquitinga/PE.

3.2 Objetivos Específicos:

- a) Verificar as informações de saúde das gestantes acompanhadas nas Unidades de Saúde da Família no município de Itaquitinga/PE;
- b) Identificar a quantidade de gestantes que realizaram pré-natal nas Unidades de Saúde da Família;
- c) Verificar a cobertura das consultas do pré-natal em 2009 no município de Itaquitinga/PE;
- d) Identificar onde as gestantes residentes em Itaquitinga pariram em 2009.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Breve Contextualização da Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital. Privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva. A ESF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação desta última (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006).

Tendo a ESF início no Brasil no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o caráter estratégico para reordenação da filosofia assistencial à saúde.

Tal estratégia mostra que oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população. A mesma incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada a partir das USF's, que se propõe a organizar suas ações sob a égide da integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, a partir de uma equipe multiprofissional (RONCALLI; LIMA, 2006).

Nessa proposta, os cuidados primários de saúde é o modelo de atenção que recebe mais apoio da Organização Mundial de Saúde. Tendo como objetivo melhorar os indicadores de saúde, reduzir as lacunas de morbi-mortalidade, e atingir um consumo mais racional da tecnologia biomédica, conseguindo assim uma maior eficiência das despesas neste setor. No Brasil, o SUS e a ESF seguem as mesmas bases conceituais e cuidados primários de saúde é, assim, os princípios da integralidade, hierarquização e territorialização vem sendo aplicado na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, sendo ponto de partida na tentativa de redirecionar o modelo de assistência (NEDEL, 2008).

Conforme as diretrizes da ESF, a cobertura é a proporção da população (famílias cadastradas) no modelo de atenção dessa estratégia com relação à

população geral do município (BRASIL, 1997). Nesse sentido, as equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e em média seis agentes comunitários de saúde, com a responsabilidade de acompanhar cerca de mil famílias (2.400 a 4.500 pessoas; 3.450 pessoas em média) por equipe (BRASIL, 1998).

Dentre os aspectos relevantes dessa estratégia estão compreendidos a territorialização com a adscrição de clientela/criação de vínculo equipe-usuário e o aumento da oferta de serviços de saúde e de suas áreas de abrangência (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006; RONCALLI; LIMA, 2006).

O número de consultas de pré-natal no Brasil atingiu com essa estratégia, 19,4 milhões em 2009 – aumento de 125% em relação a 2003, quando foram registradas apenas 8,6 milhões. Já em Pernambuco no ano de 2009 o número de consulta atingiu 902.280 (BRASIL, 2010) e em Itaquitinga obtivemos 2.202 consultas de pré-natal realizadas por médicos e/ou enfermeiros da atenção primária em 2009 (BRASIL, 2010a).

Esses resultados instigam a uma reflexão por parte de todos os envolvidos na ESF, levando em conta que a avaliação de impacto deve fazer parte do processo de implantação e acompanhamento da ESF, buscando saber quais os benefícios trazidos às populações cobertas e quais mudanças ocorreram a partir da implantação do mesmo.

Sendo realizado na atenção primária um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Que é desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2003).

O vínculo entre usuários e serviços de saúde amplia a eficácia das ações e favorece a sua participação durante a prestação da assistência. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa

maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde (SCHIMIDT; LIMA, 2004).

Tendo a Equipe de Saúde da Família tem à função de promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanização do atendimento à saúde, consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores de riscos, visitas domiciliares e reuniões, criando e fortalecendo o vínculo com a comunidade paulatinamente (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2006).

4.2 Programa de Humanização no Pré – Natal e Nascimento (PHPN)

Foram realizadas algumas tentativas de implantação de intervenções na área de saúde no Brasil, durante a primeira metade da década de 80, mas nem sempre obtiveram êxito. Alguns programas e ações capazes de reduzir os óbitos infantis, como os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Terapia de Reidratação Oral (TRO), Programa Nacional de Imunização (PNI), e intervenções sociais, como a ampliação da cobertura da rede de abastecimento de água e a redução do analfabetismo, só começaram a ser implementados no país a partir da segunda metade da década de 80 (COSTA et al., 2003).

Pode-se dizer, portanto, que somente a partir dos anos 90 tais medidas possam ter contribuído mais efetivamente para a manutenção da tendência de queda da mortalidade infantil (VERÍSSIMO, 2005).

Dessa forma, foi constatado que a falta de percepção dos direitos femininos e de aspectos fundamentais da humanização eram o pano de fundo da má assistência, e tendo a compreensão de que era indispensável propor mudanças no modelo assistencial, mesmo conhecendo as limitações de uma medida vertical, o Ministério da Saúde tomou a decisão de lançar uma estratégia onde à questão da humanização e do direito aparecesse como o princípio estruturador e instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000).

O PHPN foi instituído através das portarias GM nº569, GM nº570, GM nº571 e GM nº572 de 1/06/2000, e apresenta como objetivo principal concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal com

enfoque na necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas, promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2000a).

Por estar ciente da importância da atenção pré-natal no resultado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna, o PHPN foi criado também com o intuito de melhorar o acesso e qualidade da assistência pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2000).

Fazendo com que nos últimos anos fosse observada melhoria nas condições de saúde das mulheres, especialmente nos países desenvolvidos. Entretanto, em países em desenvolvimento como o Brasil, são muitos os problemas relacionados à saúde reprodutiva, destacando-se o risco de morte materna em decorrência da gravidez, parto ou puerpério (BRASIL, 2004).

Sendo assim, o PHPN, determinou que a assistência pré-natal na atenção primária devesse atender aos seguintes critérios: iniciar antes da 14ª semana de gestação; garantir a realização de 04 (quatro) a 06 (seis) consultas e dos exames laboratoriais de rotina (ABORh, hemoglobina/hematócrito, anti-HIV, glicemia, VDRL e urina); realização obrigatória dos procedimentos clínico-obstétricos (medida de altura uterina, cálculo de idade gestacional, avaliação da pressão arterial, do peso, da presença de edema e dos batimentos cardíaco - fetais). Em cada consulta, esses procedimentos devem ser registrados no prontuário e no cartão da gestante (BRASIL, 2001).

Contudo o PHPN veio com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS. Estabelece também que deve ser garantido à gestante atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestante de alto risco (BRASIL, 2000b).

Nessa perspectiva de uma atenção integral e humanizada, o Ministério da Saúde preconiza em sua política de promoção a saúde da gestante uma atenção pautada no acolhimento da mulher e de sua família, de modo que prevaleça a escuta qualificada das demandas dessas usuárias e se planeje uma assistência a partir de suas principais necessidades (BRASIL, 2005).

Com a implantação do PHPN, espera-se uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, que é fundamental para a saúde materna e neonatal, a fim de que os coeficientes de mortalidade sejam diminuídos (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008).

Dessa forma uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; de fácil acesso a serviços de saúde e de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

Visando os preceitos de acessibilidade e considerando que o período de gestação compreende uma série de mudanças físicas e emocionais, que podem gerar medos, dúvidas, angústias e fantasias; fazendo-se necessário assegurar-lhes o direito a uma atenção de qualidade e de fácil acesso, como preconiza o PHPN.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,45 consultas por parto em 2003 (BRASIL, 2006).

Porém, a redução da mortalidade materna e perinatal só se concretizará se houver investimento efetivo na qualidade da assistência pré-natal, pois apesar da melhoria na cobertura no número de consultas, estudo mostra que os indicadores relativos à qualidade da assistência continuam inadequados (KOIFFMAN; BONADIO, 2005).

Contudo essa redução também depende, significativamente, da avaliação da assistência pré-natal, uma vez que a qualidade dessa assistência tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e conceptos (MOURA; JÚNIOR; REDRIGUES, 2003).

Sendo necessário para o monitoramento e avaliação do PHPN que os procedimentos de promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes sejam registrados. Mas, o observado é que um dos principais problemas apontados refere-se ao não-cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não-preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados às necessidades (HANSELL, 1991; CAMUS et al., 1992).

Por isso, que mesmo a assistência pré-natal estando sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento permanece,

questões que, entre outras, devem ser discutidas, como a qualidade de atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000a; 2000b).

Questões essas que vão de encontro a uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, que se dá por meio da incorporação de todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco, sendo necessário à captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação, ou seja, no primeiro trimestre da gestação, realizar no mínimo, seis consultas de pré-natal, escutar a mulher, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas, realizar atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, e anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante (BRASIL, 2005).

4.3 Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) Como Instrumento de Acompanhamento e Caracterização das Gestantes

No que se refere à avaliação, o uso de indicadores quer sejam das condições de saúde da população, quer da assistência é fundamental para propiciar acompanhamento das condições em saúde e orientar direcionamento de políticas e recursos embora reconhecendo suas restrições, muitos delas relativas às fontes de dados existentes, não deixam de se constituir em instrumentos que possibilitam algum nível de análise (TANAKA, et al., 2003).

Entretanto, para que a assistência corresponda às necessidades do binômio mãe-filho, torna-se imperativo conhecer alguns aspectos da atenção dispensada à mulher nesta fase da sua vida, o que pode ser feito através da avaliação dos serviços de saúde pública; em especial das USF's, as quais vêm constituindo a porta de entrada da gestante no sistema de saúde (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008).

Em âmbito nacional, um dos principais instrumentos de acompanhamento e avaliação da atenção básica é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

que é fundamental para a análise sistemática de necessidades de saúde e das ações prioritárias desenvolvidas pelas USF's, bem como do impacto dessas ações na situação de saúde das populações (BRASIL, 2003).

O SIAB foi criado em 1998 como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde. Caracteriza-se por descrever a realidade socioeconômica, a situação de adoecimento e morte da população adscrita, avaliar os serviços e ações de saúde e contribuir para o monitoramento da situação de saúde em áreas geográficas definidas, ou seja, possui características de função de vigilância epidemiológica em saúde (BRASIL, 2003).

Tratando-se de um sistema de informação territorializado, cujos dados são coletados pelos ACS's e consolidados por profissionais da equipe de saúde da família. As informações são coletadas em âmbito domiciliar nas áreas cobertas pelas USF's e o fato da coleta de dados se referir a populações bem delimitadas geograficamente possibilita a construção de indicadores populacionais referentes às áreas de abrangência dos programas (BRASIL, 2003).

A agregação destes dados confere grande agilidade ao sistema, gerando uma informação oportuna no processo de decisão em saúde. Aliada a essa característica, o grande nível de desagregação favorece sua utilização como instrumento de planejamento e gestão local. Quanto aos seus limites, está relacionado, sobretudo, à realização de análises que requerem a individualização de dados às restrições relacionadas ao fato de só abrangerem USF's onde atuam equipes de saúde da família (BITTAR et al., 2009).

Cabendo ao SIAB oferecer os dados da análise situacional para que o planejamento seja realizado de acordo com as necessidades de cada comunidade de maneira específica, descentralizada e territorializada, visando à produção de qualidade de vida em sua área geograficamente restrita. Tornando-se, portanto, a ferramenta padrão de coleta de informações da população adscrita à USF, um requisito básico para a adequada organização das ações da ESF, os quais possuem como princípios gerais o enfoque na participação comunitária e no controle social, promovendo ações de educação e promoção da saúde (FREITAS; PINTO, 2005).

Entre esse elenco de dados encontram-se aqueles referentes ao número de consultas pré-natal realizadas pelos profissionais de nível superior da atenção primária, o que possibilita conhecer a evolução da gestação das mulheres cadastradas nas USF's.

Sendo por intermédio desses registros, possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do SUS, como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido (BRASIL, 2004a).

O Ministério da Saúde também implantou uma fonte alternativa de informações sobre os nascimentos, o SINASC, estabelecida em escala nacional a partir de 1990, com obrigatoriedade para todos os estabelecimentos de saúde que fornecem atendimento a partos. Essa fonte foi concebida com a finalidade de gerar dados confiáveis sobre as condições que cercam o nascimento. Dessa forma, através das informações da Declaração de Nascidos Vivos – DN – que é seu instrumento de coleta, o SINASC permite oferecer, anual e universalmente, em nível municipal, não só informações sobre nascimentos ocorridos, mas também, sobre as características das mães e dos recém-nascidos, permitindo, portanto, obter um panorama epidemiológico mais detalhado e especialmente desagregado, ao lado de estimativas dos níveis e padrões de fecundidade por situação sócio-econômica (BARBOSA; MELO, 2005).

Esta Declaração de Nascidos Vivos – DN é feita a partir do preenchimento de um formulário em (03) três vias, sendo possível descrever o perfil dos nascidos vivos em todo o território nacional e em todos os níveis do sistema. A análise dos indicadores que podem ser gerados a partir dessas informações contribui para a adoção de práticas de saúde mais eficaz voltadas ao grupo materno infantil, além de subsidiar o cálculo de indicadores necessários a análise da situação da saúde, de forma mais precisa.

Com a introdução deste sistema, dispõe-se, pela primeira vez, em nível municipal não somente as informações sobre nascimentos ocorridos no ano, mas, também, informações sobre as mães, as características do parto e da gravidez, assim como dados sobre os recém-nascidos (BARBOSA; MELO, 2005).

Ressaltando que o acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema (BRASIL, 2004b).

Sendo a partir de critérios epidemiológicos, que os serviços deveriam ser capacitados para incorporar novas práticas, na ESF's e em especial para saúde da mulher que é a população de estudo desta pesquisa (BRASIL, 2004).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e transversal, realizado através de dados secundários.

5.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no município de Itaquitinga-PE. O mesmo apresenta em sua rede de saúde no que refere à atenção básica um quantitativo de 06 Unidades de Saúde da Família, 02 na zona rural e 04 na zona urbana.

O município de Itaquitinga está localizado na mesorregião Mata e na Microrregião Mata Setentrional do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Condado, a sul com Igarassu, a leste com Goiana e a oeste com Tracunhaém e Nazaré da Mata.

A área municipal ocupa 116,5 km² e representa 0,12% do Estado de Pernambuco, distando 66,7 km da capital, cujo acesso é feito pela rodovia pavimentada BR 408 e PE 005.

De acordo com o censo 2000 do IBGE, a população residente total é de 14.950 habitantes sendo 10.779 (72,1%) na zona urbana e 4.171 (27,9%) na zona rural. Os habitantes do sexo masculino totalizam 7.524 (50,3%) enquanto que do feminino totalizam 7.426 (49,7%), resultando numa densidade demográfica de 128,3 hab./km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH é de 0,587.

5.3 População de Estudo

Gestantes residentes e/ou cadastradas nas Unidades de Saúde da Família no município de Itaquitinga – PE, durante o ano de 2009.

5.4 Período de Estudo

O estudo foi realizado entre os meses de maio a agosto no ano 2010.

5.5 Coleta e Análise dos Dados

A coleta dos dados foi realizada na Secretaria de Saúde de Itaquitinga, sendo explicada ao secretário de saúde e ao digitador da produção da atenção primária a necessidade dos dados solicitados.

Os dados foram coletados através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do município de Itaquitinga/PE, a partir de dados secundários, ou seja, de informações advindas da alimentação do Sistema de Informação, realizada pelas Unidades de Saúde da Família.

Os mesmos foram tabulados estatisticamente e avaliados com base na literatura atual acerca da temática.

5.6 Plano de Análise

Para realizar o diagnóstico da atenção ao pré-natal e para identificar a quantidade de gestantes que realizaram pré-natal nas Unidades de Saúde da Família, foi necessário coletar os dados do SIAB no ano de 2009 na Secretaria Municipal de Saúde de Itaquitinga.

Na verificação da cobertura das consultas do pré-natal das gestantes residentes em Itaquitinga e a identificação de onde as gestantes do município pariram em 2009, foi realizada coleta de dados através do SINACS no ano 2009 na Secretaria Municipal de Saúde de Itaquitinga.

5.7 Variáveis

- a) Cobertura de atendimento pré-natal;
- b) Mulheres gestantes residentes em Itaquitinga em 2009;
- c) Gestantes acompanhadas pelas USF's;
- d) Gestantes cadastradas nas USF's no 1º trimestre de gestação;
- e) Números de consultas de pré-natal por gestante;
- f) Local de ocorrência dos partos das gestantes residentes em Itaquitinga.

Tabela 1 – Variáveis e suas respectivas descrições.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL
Cobertura de atendimento pré-natal;	Gestantes que receberam consulta médica e/ou de enfermagem.
Mulheres gestantes residentes em Itaquitinga em 2009;	Mulheres gestantes residentes em Itaquitinga, englobando as cadastradas nas USF's e as não cadastradas.
Gestantes acompanhadas pelas USF's;	Gestantes que foram acompanhadas pelas USF's.
Gestantes cadastradas nas USF's no 1º trimestre de gestação;	Gestantes cadastradas nas USF's que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação.
Números de consultas de pré-natal por gestante;	Número de consultas de pré-natal realizadas por gestante.
Local de ocorrência dos partos das gestantes residentes em Itaquitinga/2009.	Local de ocorrência dos partos das gestantes residentes em Itaquitinga.

5.8 Apresentação dos Resultados

Após coletados os dados, os mesmos foram tabulados e apresentados em gráficos e tabelas, utilizando-se para tal o programa Microsoft Excell, e discutidos com base na literatura vigente acerca da temática.

5.9 Considerações Éticas

Obedecendo aos preceitos éticos estipulados pela resolução nº 196/96, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM), para avaliação.

O estudo foi realizado dentro dos padrões de ética científica. Os bancos de dados de onde foram coletadas as informações sobre as gestantes e nascidos vivos estão na Secretaria Municipal de Saúde de Itaquitinga. Sendo assim, ao secretário de saúde do município foi solicitada uma carta de anuência, pedindo sua autorização para realização da pesquisa (Anexo A), não estando estes sujeitos a qualquer risco de exposição ou dano. Ao secretário de saúde, foi garantido sigilo das informações sem prejuízo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Analisando os dados dos sistemas de informação no ano de 2009 utilizou-se 05 segmentos, dentre eles: diagnóstico da atenção ao pré-natal; quantidade de gestantes que realizaram consultas de pré-natal; cobertura das consultas de pré-natal; local de ocorrência dos partos dessas gestantes e captação das gestantes ao serviço de saúde no 1º trimestre de gestação.

As análises e discussões serão realizadas com base na unificação dos dados de todas as Unidades de Saúde da Família, uma vez que nosso interesse é o aprimoramento de toda rede de saúde, em especial a saúde da mulher.

Tabela 2 – População cadastrada nas Unidades de Saúde da Família em 2009 – Itaquitanga/PE.

Ano	População Geral	Nº Pessoas Cadastradas	Nº Famílias Cadastradas
2009	15.115	15.087	3.919

Fonte: IBGE (2007) e Sistema de Informação da Atenção Básica (2009)

Observando a tabela 1, foi verificado uma população de 15.115, desta 15.087 são cadastradas nas Unidades de Saúde da Família em 2009 no município de Itaquitanga, o que equivale a 3.919 famílias cadastradas.

Essas informações mostram que 100% da população têm acesso aos serviços ofertados pela Estratégia de Saúde da Família, podendo favorecer o conhecimento do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco relacionadas à saúde da mulher, com a possibilidade de prestar uma assistência integral às mulheres desde o pré-natal até o parto.

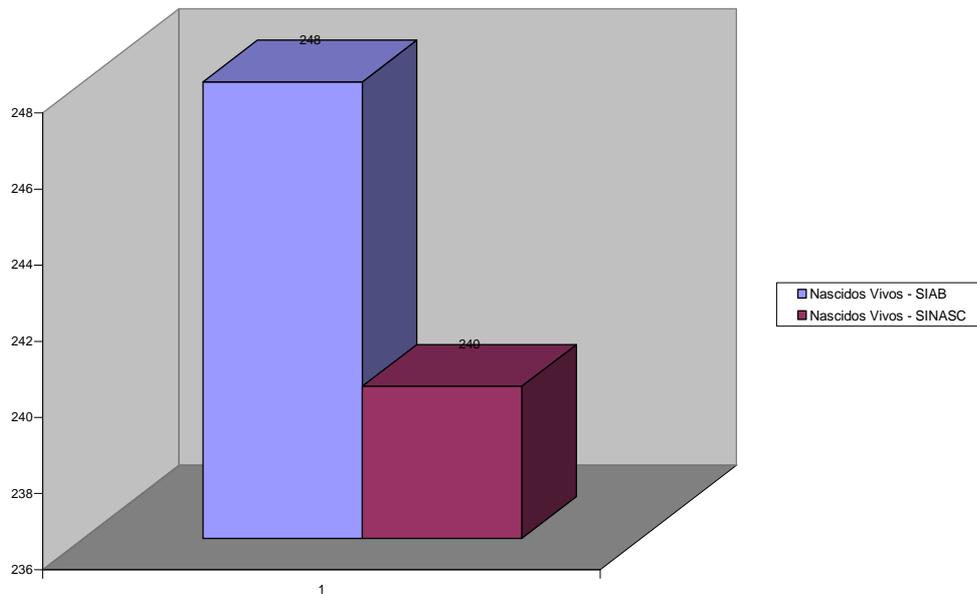


Gráfico 1 – Número de nascidos vivos do SIAB e SINASC residentes no município de Itaquitinga/PE em 2009.

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (2009) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (2009).

Observando o gráfico 1, verifica-se que durante o ano de 2009, pariram 248 gestantes residentes em Itaquitinga segundo o SIAB e 240 gestantes segundo o SINASC.

Em Pernambuco, segundo os dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde referente ao SINASC 2009, foram registrados 143.434 nascidos vivos e segundo os dados do SIAB 2009, foi registrado 85.251 nascidos vivos, ficando evidente também aqui a discrepância dos resultados de um mesmo indicador nos dois sistemas de informação.

Assemelhando - se ao município de Itaquitinga, quando é observado que o SIAB e SINASC não apresentam o mesmo quantitativo de nascidos vivos. Porém neste caso a diferença é de apenas 08 nascidos vivos e segundo a Secretaria Estadual de Saúde esses dados estão sujeitos a revisão, pois ainda não estão disponíveis no site do Ministério da Saúde.

De acordo com o gráfico acima, podemos observar um eficiente registro no SIAB das gestantes que pariram em 2009, inclusive 100% das gestantes que pariram em outros municípios e que estão presentes no SINASC.

A deficiência encontrada acima é no reduzido número de gestantes cadastradas nas USF's para realização do pré-natal, onde das 248 gestantes que

pariram em 2009, têm-se média de apenas 121 realizaram o pré-natal no município, o indicador apresentado é muito baixo em relação ao número de gestantes que pariram, apresentadas pelo SIAB e SINASC.

Como observado, a cobertura de gestantes cadastradas nas USF's é aquém do esperado, sendo necessário um aumento desse número, uma vez que a assistência a saúde da mulher é uma das áreas prioritárias do Ministério da Saúde, com a possibilidade de atividades programadas, de busca ativa, de prevenção, e de captação precoce dessas gestantes.

Cabendo refletir sobre o desenvolvimento das práticas dos ACS frente à captação e cadastramento das gestantes nas USF's, tentando garantir a realização das 6 consultas durante o pré-natal, oferecendo uma assistência mais humanizada, estimulando as gestantes a parir em seu próprio município.

Esse baixo percentual de gestantes cadastradas pode indicar deficiência na oferta de serviços de saúde e recurso humano relacionado à quantidade e qualidade, além de problemas na captação precoce da gestante (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Por isso os resultados de estudos locais de monitoramento de gestantes cadastradas nas USF's devem ser discutidos com as equipes de saúde, enquanto não se dispõe de avaliações que investiguem os fatores associados a não adesão ao pré-natal na rede pública.

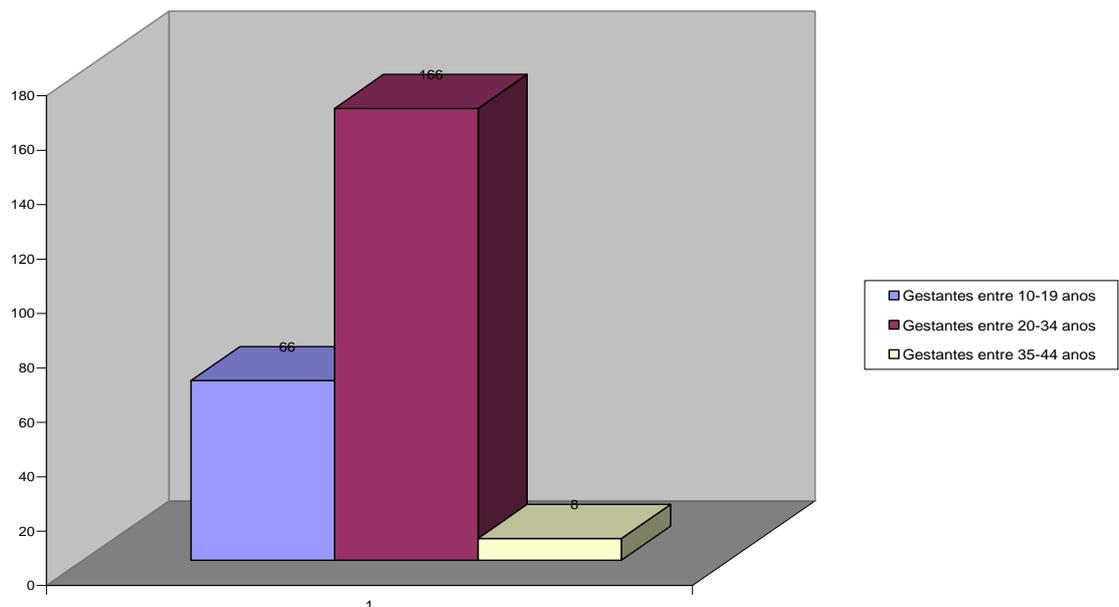


Gráfico 2 – Faixa etária das gestantes no município de Itaquitinga – PE em 2009.

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (2009).

Analisando-se o gráfico 2, é observado que na faixa etária entre 10 – 19 anos foi encontrado 66 (28%) das gestantes do município de Itaquitinga, entre 20 – 34 anos de idade 166 (69%) e entre 35 – 44 anos foi encontrado 08 (3%) gestantes.

Em Pernambuco também é encontrado no SINASC 2009 características semelhantes em relação à idade das gestantes com considerável número de gestantes adolescentes, na faixa etária entre 10 – 19 anos foram encontrados 31.464 (22%) gestantes, entre 20 – 34 anos de idade foram 99.608 (70%) e entre 35 – 44 anos foram encontrados 12.148 (8%) gestantes.

As gestantes encontradas na faixa etária entre 10-19 anos e na 35-44 anos são consideradas de maior risco para complicações na gravidez, parto e perinatais. O conhecimento da idade da gestante é importante para realização do pré-natal, pelo fato de algumas doenças e/ou agravos terem maior incidências em determinadas faixas etárias, onde esse conhecimento poderá facilitar o diagnóstico precoce e favorecer uma melhor conduta na assistência ao pré-natal (SILVA; SURITA, 2009).

Por isso, em Itaquitinga as gestantes são avaliadas nas USF's e quando detectado que a gravidez apresenta algum risco de vida para a mãe e/ou o feto a mesma é encaminhada para ser acompanhada por um serviço de referência.

Os resultados da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância revelaram maior mortalidade neonatal em filhos de mulheres jovens com menor de 20 anos e acima de 35 anos de idade (PUFFER; SERRANO, 1973).

Sobre esta questão Díaz e Díaz (1999), afirmam que a falta de informação correta sobre os riscos de uma gravidez nessas faixas de idade, associada aos fatores sociais que, por um lado, estimulam a vida sexual e por outro lado respondem por sua condenação, juntando-se à falta de acesso a serviços adequados nessas faixas etárias, levam uma parcela das mulheres a iniciar sua vida sexual sem praticar a anticoncepção, resultando, quase sempre, em gravidez precoce e/ou indesejada.

A gravidez na adolescência pode ser ocasionada por sexo sem proteção, baixa escolaridade, violência doméstica, condições socioeconômicas desfavoráveis e falta de perspectiva de vida. Além de possíveis falhas na atividade de educação em saúde em relação aos métodos contraceptivos e a maneira de usá-los.

Por isso, no contexto das USF's, há que se desenvolver estratégias mais coerentes com a realidade dos adolescentes, que possam ser favorecidos pelo

caráter do envolvimento da escola, da família e da comunidade, considerando a interação entre adolescentes, pais, professores e profissionais da saúde; e do sistema social, englobando as relações do adolescente, com o seu universo comunitário (escola, igrejas, clubes, associações etc.) (MOURA; JÚNIOR; RODRIGUES, 2003).

Em relação à gravidez tardia, cada vez mais as mulheres estão assumindo uma vida profissional mais ativa na sociedade, principalmente nos países industrializados garantindo seu lugar no mercado antes da maternidade, até por que o custo de vida hoje em dia esta muito alto, por isso as mulheres pretendem primeiro atingir seus objetivos na vida pessoal e profissional (SILVA, et al., 2006).

Sendo também de grande importância criar estratégias para as mulheres maiores de 35 anos de idade, informando-as sobre os riscos inerentes a uma gestação nessa idade para a mãe e feto, além de orientar sobre todos os cuidados necessários para uma gestação saudável.

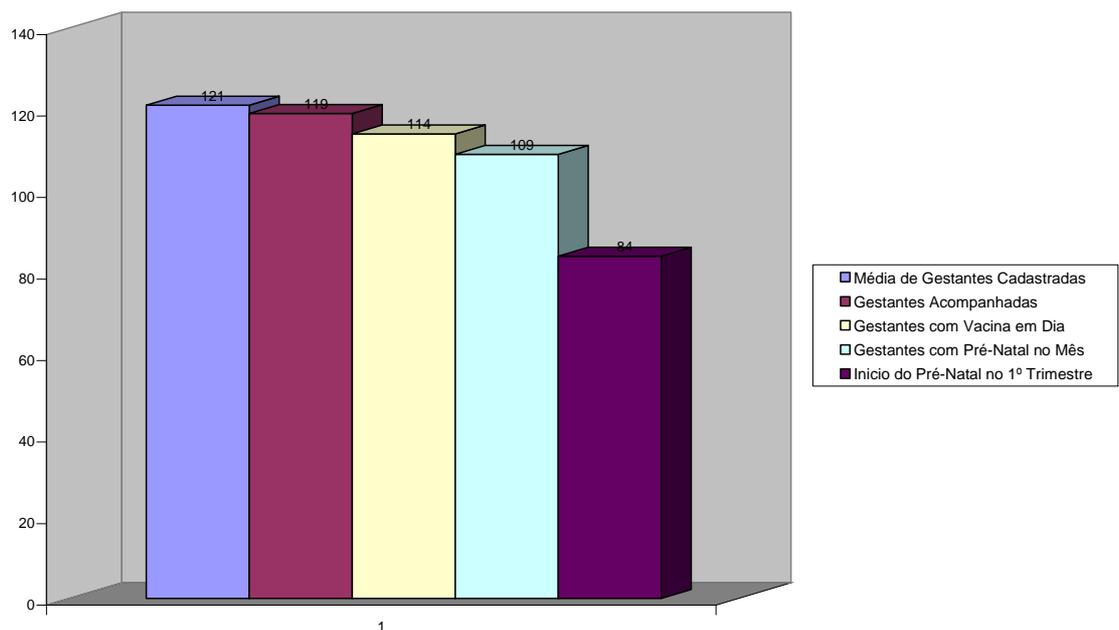


Gráfico 3 – Informações de saúde das gestantes cadastradas nas Unidades de Saúde da Família no ano de 2009 – Itaqui/PE

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (2009)

Conforme visualizado na tabela acima, 119 (98,35%) das gestantes cadastradas foram acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde, indicando

quase 100% de cobertura dessas gestantes, mostrando os esforços das equipes de saúde para cumprir seu papel e atingir o preconizado pelo PHPN.

A imunização contra o tétano neonatal foi outro importante indicador de qualidade do pré-natal apresentado, onde 114 (95,80%) das gestantes apresentavam vacina em dia, indicando também um percentual satisfatório, praticamente 100% de cobertura das gestantes

A cobertura de consulta/mês foi realizada em 109 (91,60) das gestantes, indicando também um satisfatório percentual para o pré-natal, aumentando as chances de uma melhor assistência à mãe e ao filho prevenindo possíveis agravos, podendo possibilitar uma gestação saudável.

Analisando-se o gráfico 3, observa-se ainda que das 121 gestantes cadastradas em 2009 nas USF's 84 (70,59%) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação.

Sendo o 1º trimestre o período ideal de início do pré-natal, pois as possibilidades de prevenir os riscos e evitar transtornos indesejados são mais factíveis. E o encontrado revela que, apesar da maioria das gestantes cadastradas atenderem ao preconizado, não se pode considerar que 37 das gestantes, tenham iniciado tardiamente.

A partir desses dados, observa-se a necessidade de intensificação da captação precoce das gestantes na comunidade, a fim de garantir tempo hábil para possíveis intervenções de saúde, podendo garantir a qualidade da assistência pré-natal, pois o período de início do pré-natal é um indicador importante para avaliar o risco da gestação. Essa captação pode ser realizada em especial pelo agente comunitário de saúde, em suas visitas domiciliares mensalmente, orientando essas gestantes sobre a importância do pré-natal acompanhado pela enfermeira e médico da USF.

Segundo Neme (2000), o caráter preventivo durante todo o pré-natal até o parto é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, pois um pré-natal bem feito previne patologias, tais como anemias, doenças hipertensiva gestacional (pré-eclampsia, eclampsia); também favorece o preparo psicológico para o parto, além de garantir a perfeita estruturação do organismo fetal, prevenção do abortamento e o risco de parto prematuro e óbito perinatal dentre outras vantagens.

Nesse aspecto, BRASIL (2000c) ressalta que o acompanhamento de todo o pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, ou seja, ele faz a promoção e a manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, além de trazer informação e orientação sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto à parturiente.

Por isso, a importância da realização de um pré-natal completo, realizando todos os exames e consultas, podendo favorecer na construção do vínculo e acompanhamento das gestantes com qualidade na assistência humanizada, incluindo o parto e puerperio, tentando garantir melhor qualidade de vida para a mãe e o filho.

Segundo os dados acima, do gráfico 3, praticamente 100% das gestantes cadastradas nas USF's foram satisfatoriamente acompanhadas durante o pré-natal, indicando o cumprimento do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Tabela 3 – Cobertura de atendimento pré-natal nas Unidades de Saúde da Família em 2009 – Itaquitinga/PE.

Ano	Nº Total de Consultas	Nº de consultas Pré-Natal	% de consultas
2009	15.614	2.202	6,58

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (2009)

Analisando-se a tabela 2 verificou-se que dentre as 15.614 consultas realizadas por profissional de nível superior da atenção primária, 2.202 (6,58%) foram realizadas com as gestantes que receberam consulta médica e/ou de enfermagem. Sem deixar passar despercebida a possibilidade da ocorrência de sub-registro na maioria dos casos dos médicos, que não adquiriram o hábito de registrar as consultas realizadas durante o pré-natal.

Sendo um valor significativo, visto que apenas os atendimentos de puericultura e hipertensão arterial apresentam maior número de consultas que as de pré-natal. O que pode indicar que os profissionais estão tentando assegurar o máximo de consultas à atenção pré-natal para todas as mulheres cadastradas e garantir o acompanhamento dessas gestantes até o parto por um profissional de saúde capacitado (médicos ou enfermeiras).

Portanto, para assegurar e aumentar a qualidade do desenvolvimento da atenção pré-natal requer a organização da oferta e demanda do atendimento à

gestante na rede básica, a fim de desenvolver ferramentas para as ações de monitoramento, avaliação e qualificação das ações e serviços oferecidos.

Tabela 4 – Número de consultas pré-natal por gestante em 2009 – Itaquitinga/PE.

Número de consultas de pré-natal por gestante						
	1-3	4-6	7 ou mais	Ignorado	Nenhuma	Total
	19	101	113	05	02	240
%	8%	42%	47%	2%	1%	100%

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (2009).

Analisando a tabela 3, é identificado que 19 (8%) das gestantes realizaram entre 1-3 consultas no pré-natal; 101 (42%) realizaram entre 4-6 consultas; 113 (47%) realizaram 7 ou mais consultas; 05 (2%) tiveram consulta ignorada e 02 (1%) não realizou nenhuma consulta.

Através dos dados acima do SINASC com base no número de nascidos vivos por município de residência em relação à frequência de consultas pré-natais, é constatado que houve cobertura adequada para 214 (89%) das gestantes e 26 (11%) apresentou baixa ou nenhuma cobertura. Indicando uma razoável cobertura, com poucas gestantes sem acompanhamento, mas por ser uma ação programática básica do Ministério da Saúde e o município apresentar total cobertura de USF, espera-se que o desenvolvimento seja de 100%.

Para Dias da Costa et al. (2000), um atendimento deficitário tem início quando a gestante não realiza o número mínimo de consultas de pré-natal e a deficiência dos outros procedimentos é apenas uma consequência.

Esses dados podem indicar dificuldades relacionadas tanto do serviço, quanto do usuário. Quanto ao serviço, as equipes podem não estar preparadas para

implementar ações de divulgação do PHPN, para trabalhar com prioridades, para buscar gestantes faltosas e para interagir como equipe multidisciplinar. Quanto às usuárias, pode estar ocorrendo uma falta de conscientização sobre a importância do ingresso precoce no pré-natal e do comparecimento às consultas, principalmente entre as gestantes de baixa renda.

Sendo importante, para os profissionais de saúde, iniciar uma reflexão a cerca da assistência prestada às gestantes, bem como prestar subsídios para o planejamento, implementação e avaliação da assistência pré-natal que alcancem melhores níveis de qualidade. Em consonância ao exposto, a atenção ao pré-natal, parto e puerpério está muito interligada, e a impossibilidade de acesso às informações, em qualquer desses períodos, fragiliza a assistência, expondo a mulher a risco de vida (TANAKA, 1995).

Apesar da assistência pré-natal ter estado sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento permanecem questões que, entre outras, devem ser discutidas, como o acesso em algumas regiões e áreas do país, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000, 2000c).

Sendo importante enfatizar que a atenção pré-natal, por não envolver procedimentos complexos, favorece a interação entre o profissional e a gestante e sua família. Essa interação contribui para que a gestante mantenha vínculo com serviço de saúde durante todo o período gestacional, reduzindo consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas. Além disso, a assistência gestacional, quando mediada por diálogo e respeito entre profissionais de saúde e gestantes, representa o primeiro passo para o parto humanizado (LANDERDAHL, 2007).

A falta de vínculo entre a assistência pré-natal e parto leva as mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais, ferindo um aspecto fundamental dos direitos de cidadania. Além disso, um grande percentual de mortes maternas ocorre nas horas peri-parto, portanto, intervenções que garantam melhor assistência neste momento são indispensáveis (FAÚNDES; CECATTI, 1991; ARKADER, 1993; TANAKA, 1995).

Tabela 5 – Local de ocorrência dos partos das gestantes em 2009 residentes em Itaquitinga/PE.

Local de Ocorrência dos Partos	Quantitativo	%
Recife	63 partos	27%
Itaquitinga	37 partos	15%
Vitória de Santo Antão	24 partos	10%
Goiana	23 partos	10%
Olinda	17 partos	7%
Nazaré da Mata	14 partos	5%
Paulista	14 partos	5%
Paudalho	14 partos	5%
Abreu e Lima	07 partos	3%
Moreno	07 partos	3%
Timbaúba	06 partos	3%
Carpina	06 partos	3%
Jaboatão dos Guararapes	04 partos	2%
João Pessoa	02 partos	1%
Limoeiro	02 partos	1%
Total	240 partos	100%

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (2009).

Analisando a tabela 4 verifica-se que apenas 37 (15%) das mulheres residentes em Itaquitinga pariram no município e 203 (85%) pariram fora do município.

Observamos que às gestantes de Itaquitinga, tem que percorrer grandes distâncias em busca de atendimento, podendo colocar em risco a sua própria vida e a de seu concepto. Onde os profissionais de saúde, em alguns casos, se mostram mais como figurantes nesse cenário, aparentemente com a função de encaminhar essas gestantes, caracterizando no município de Itaquitinga em 2009, de forma insatisfatória a experiência do parto, já que a maioria foi realizado em outros municípios.

Sendo a razão principal para a ocorrência deste fato citado acima, a falta de estrutura física e recurso humano especializado e humanizado que atuem na

Unidade Mista Adelina de Azevedo – o único Hospital de Pequeno Porte do município, que na maioria das vezes não possibilita o atendimento a gestante de alto risco.

Por isso, é fundamental, o estudo da distribuição dos serviços de saúde e de sua clientela no planejamento do setor saúde em toda região, principalmente, nas questões relacionadas ao acesso e a utilização dos serviços pela população de Itaquitinga (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Além das questões geográficas, diversos fatores socioeconômicos e culturais (idade, escolaridade, renda, estado civil, raça, tipo de parto, entre outros) têm influenciado no acesso aos serviços de atendimento à gestante, indicando que as possibilidades de utilização dos recursos disponíveis são determinadas pela inserção social da mulher (MELO et al., 2007).

Outra questão que está relacionada às dificuldades encontradas é a falta de articulação entre as Unidades de Saúde da Família (responsáveis pelo atendimento pré-natal) e os Hospitais, onde deveriam possuir um sistema de referência e contra-referência bem estruturado capaz de garantir a vaga da gestante nos estabelecimentos que realizam o parto. Essa falta de estruturação faz com que as mulheres passem por vários estabelecimentos de saúde em busca de atendimento adequado no momento que antecede o parto, comprometendo a qualidade dos serviços prestados e a saúde da gestante e do seu filho.

Sendo a integração entre os serviços de saúde, através do sistema de referência e contra-referência, que poderá possibilitar uma melhor distribuição dos leitos em instituições de saúde. Além da garantia dos leitos em unidades de alta complexidade para as mulheres que de fato necessitam de atendimento neste nível de atenção. Desta maneira, seria possível contribuir para a qualidade dos serviços prestados, beneficiando o binômio mãe-recém-nascido e, conseqüentemente, reduzindo a mortalidade materna e infantil (MELO et al., 2007).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação das informações provenientes do SIAB e SINASC realizada no presente trabalho indicou que este sistema constitui-se em uma promissora fonte de dados para análise de informações sobre pré-natal e parto, mesmo reconhecendo suas restrições relativas às fontes de dados existentes.

Os dados encontrados no SIAB apontam à existência de deficiência no pré-natal, como: a baixa adesão das gestantes para realização do pré-natal nas USF's; um percentual significativo de gravidez na adolescência e uma parcela menor de gestantes maiores de 35 anos de idade, que deve ser realizado um trabalho em uma etapa anterior, com a garantia de serviços de planejamento familiar; foi observado média de gestantes cadastradas que iniciou o pré-natal no 1º trimestre abaixo do esperado pelo PHPN, o que significa uma lacuna no atendimento a saúde da mulher e na atenção básica, bem como na prevenção da morte materna e neonatal e uma razoável cobertura de consultas pré-natal por gestantes.

Sendo necessário, portanto, ampliar a cobertura do programa, motivar e capacitar os profissionais para a prática da saúde coletiva e trabalho em equipe multidisciplinar, garantir a realização dos procedimentos da consulta de pré-natal, garantir o tratamento das intercorrências comuns da gravidez e organizar o sistema de atendimento entre todos os níveis, desde a primeira consulta, passando pelo parto e o puerpério.

Essas atividades levarão a melhoria do acesso das gestantes ao atendimento pré-natal, gerando boa cobertura de acompanhamento por agentes de saúde e consultas com enfermeiro e médico; intensificando a captação precoce das gestantes, o aumento do número de consultas por gestantes e que essas ações tenha interação com os serviços de assistência ao parto que é indispensável para o sucesso da assistência.

Foi observado também que o número de consultas por gestantes apresenta-se satisfatório em relação ao preconizado pelo PHPN, porém esse indicador não pode deixar de ser melhorado, pois ainda existiu uma parcela das gestantes que não realizaram o quantitativo mínimo de consultas que é entre 4–6 durante o pré-natal, o que não pode acontecer, uma vez que é encontrado 100% de cobertura das USF's.

Um outro indicador observado através do SINASC foi que apenas 15% das gestantes residentes em Itaquitinga em 2009 pariram no município.

Fato este que poderia ser atribuído à falta de estrutura física adequada tanto das USF's quanto do Hospital do município, além de pouco recurso humano qualificado para humanização do parto.

Sendo necessário para que estas situações sejam revertidas criar estratégias para que estas gestantes cheguem até o serviço no início da gestação e um parto humanizado e adequar à estrutura física das unidades de saúde e hospital, possibilitando assim melhorar esse indicador e assim promover uma assistência mais humanizada e segura para o estado gestacional da população feminina.

Revelando-se um grande desafio, onde todas essas demandas exigem dos profissionais envolvidos com a saúde da mulher comprometimento no seu fazer, possibilitando melhor adequação às necessidades da gestante, ao mesmo tempo em que se proporciona visibilidade ao trabalho dos profissionais no cenário da saúde pública, no nível da atenção primária – consultas e hospitalar – partos.

Observam-se nesse momento questões importantes que no mínimo são um alerta aos gestores tanto sobre a qualidade da atenção dispensada às mulheres, quanto à preocupação sobre a fiel informação dos dados nos sistema de informação, pois é através deles, junto com os profissionais que é realizada uma reorganização do sistema de saúde, com o intuito de avaliar, planejar e monitorar continuamente a assistência ao pré-natal.

Os indicadores, aparecem como ferramentas importantes para agilizar as tomadas de decisão. Assim, com este trabalho busca-se assessorar as tomadas de decisão na formulação de políticas públicas saudáveis, de modo que cumpram as metas propostas dentro de um planejamento viável, de acordo com as necessidades de intervenção de cada comunidade, respeitando suas peculiaridades culturais, socioeconômicas, crenças, hábitos e costumes.

Entretanto, essa pesquisa possibilitou uma reflexão sobre a forma de organização dos serviços de saúde e das práticas profissionais, de modo a aperfeiçoá-las e adequá-las às reais necessidades das gestantes, fortalecendo o vínculo entre elas e os trabalhadores de saúde e a qualidade do pré-natal e parto.

Essa reflexão só foi possível através da verificação dos dados dos sistemas de informações da atenção básica, que se apresenta como uma potente ferramenta

para os profissionais dos serviços de saúde utilizar para organização e monitoramento das atividades realizadas.

Proporcionando o início de um processo de avaliação do serviço de pré-natal, apontando para os aspectos que necessitam de reorganização, bem como reforçando aqueles que estão em sintonia com a Estratégia de Saúde da Família.

Desta forma, este estudo não se encerra com essas análises, sendo o início da reconstrução permanente na busca pela humanização da atenção a saúde da mulher. Sendo essa reconstrução possível através das informações dos sistemas que objetivam contribuir para o planejamento das ações dos serviços de saúde.

Os dados apresentados podem ser utilizados em novos estudos para melhoria dos serviços de saúde da mulher, incluindo não apenas os sistemas de informações, mas buscando a satisfação da usuária, dos profissionais de saúde, além da visão que o gestor apresenta da assistência ofertada à população.

REFERÊNCIAS

ARKADER, J. **Mortalidade materna**, 1993. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1993.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 1-256.

BARBOSA, L. M.; MELO, G. H. N. Avaliação da qualidade das informações sobre fecundidade provenientes do SINASC no Nordeste, 2000. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 141-158, jan./jun. 2005.

BITTAR, T. O. et al. O sistema de informação da atenção básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia da UPF**, Minas Gerais, v. 14, n. 1, p. 77-81, jan./abr. 2009. Disponível em: <[http:// www.bases.birene.br](http://www.bases.birene.br)>. Acesso em: 05 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas de Agentes Comunitários de Saúde da Família: PACS/PSF**, Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**, Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas**, Brasília, DF, Febrasgo, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Cartilha de informações para gestores e técnicos**. Brasília, DF, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Urgências e emergências - maternas Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**, Brasília, DF, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Manual Técnico, **Assistência Pré –Natal**, 3 ed. 66p. 2000c.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos**, Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/atenção_basica>. Acesso em: 02 fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**, Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**, Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC**, Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.br/portal/saude/visualizar_texto>. Acesso em: 12 de mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**, Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Secretaria das Ações em Saúde, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher: pré-natal**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 04 de set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB**. Secretaria de assistência à saúde. Situação da base de dados nacional, Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 19 fev. 2010.

CAMUS, L. B. et al. Evaluación de la calidad de la asistencia prenatal en atención primaria. **Atención Primaria**, v. 10, p. 726-729, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 set. 2010.

COSTA, M. C. N. et al. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 699-706, 2003.

DIAS DA COSTA, J. S. et al. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 329-336, 2000.

DIAZ, J.; DIAZ, M. Contracepção na adolescência. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. (Org.). **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p. 249-257, 1999.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. (Org.). **Morte materna uma tragédia evitável**. Campinas: UNICAMP, 1991, p. 1-217.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 238-45, jun. 2008.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. A percepção da equipe saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - SIAB. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 547-54, jul./ago. 2005.

IBGE. **Contagem da população 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/contagem2007/PE.pdf>>. Acesso em: 04 de set. 2010.

GALLETTA, M.A. Pré - eclâmpsia. In: ZUGAIB, M.; BITTAR, R. E. **Protocolos Assistenciais: Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. cap. 58, p. 1-337.

HANSELL, M. J. Sociodemographic factors and the quality of prenatal care. **American Journal of Public Health**, v. 81, p.1023-1028, ago. 1991. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 4 set. 2010.

KOIFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, suplemento 1, p. 23-32, 2005.

LANDERDAHL, M. C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Santa Maria, v. 11, n. 1, p.105-11, mar. 2007.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**, São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

MELO, E. C. P. et al. A perigração das gestantes no município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 804-809, dez. 2007.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p. 19-91.

MOURA, E. R. F.; JÚNIOR, F. H.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1791-1799, nov./dez. 2003.

NEDEL, F. B. et al. Programa saúde da família e da assistência ambulatorial e condições sensíveis no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-52, dez. 2008.

NEME, B. **Obstetricia básica**, 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 1-1362.

NETO, P. J. L.; BATISTA, P. S. S. Projeto educação em saúde na atenção a gestantes e puérperas. In: X ENCONTRO DE EXTENSÃO E XI ENCONTRO DE INICIAÇÃO À DOCENCIA DA UFPB, 2002, João Pessoa. PB. **Anais**. João Pessoa, PB, 2002. p. 293-299.

PUFFER, R. R.; SERRANO, C. V. **Características de la mortalidad em la niñez**, Washington: OMS, 1973.

RIBEIRO, J. M. et. al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do sistema único de saúde: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, mar./abr. 2004.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. de. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 713-724, jul./set. 2006.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, jan./jul. 2001.

SCHWARCZ, R. et al. Atenção pré-natal e do parto de baixo risco. **Publicação científica da CLAP**, Montevideo, v. 03, n. 1321, 1996.

SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. v. 1, p. 1-243.

SCHMIDT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, nov./dez. 2004.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-25, ago. 2004.

SILVA, E. T. et al. Assistência pré-natal de um serviço de atendimento secundário. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 004, p. 216-223, 2006.

SILVA, J. L. C. P.; SURITA, F. G. C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n.7, p. 321-325, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**, Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 700-720, 2002.

TANAKA, A. C. A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, p. 2-31, 1995.

TANAKA, A. C. A. et al. Indicadores de saúde: a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto no estado de São Paulo. In: VIII CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2003, Ribeirão Preto. **Anais**. Ribeirão Preto: APSP, 2003.

VERÍSSIMO, M. L. R. Ações de enfermagem para a promoção da saúde infantil. In: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE (São Paulo). **Manual de Enfermagem**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 15 nov. 2007.



APÊNDICE A – Declaração de Participação

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Declaro para devidos fins que os pesquisadores abaixo conhecem na íntegra e participam do projeto “**ANALISE DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA-PE**” executando as respectivas tarefas.

Autora: Cybele Abrantes Tavares

Tarefa: Pesquisadora principal, coordenadora do projeto.

Assinatura:

Orientadora 1: Cynthia Maria Barboza do Nascimento

Tarefa: Pesquisadora e orientadora do trabalho.

Assinatura:

Orientadora 2: Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Tarefa: Pesquisadora e orientadora do trabalho.

Assinatura:

Recife, 16 de abril de 2010.



APÊNDICE B - Declaração de Compromisso Junto ao CEP/CPqAM

Recife, 16 de abril de 2010

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO JUNTO AO CEP/CPqAM

Ciente do compromisso ético com o qual serão tratadas as informações geradas pelo projeto sob minha responsabilidade, **“ANALISE DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA-PE”**, atendendo a resolução 196/96, capítulo IX, artigo 2c, me comprometo a enviar o relatório final, do referido projeto, bem como comunicar qualquer outra alteração que por ventura necessite ser feita.

Atenciosamente,

Cybele Abrantes Tavares

Tel: (81) 9492-2870

E-mail: cybelefono@yahoo.com.br



APÊNDICE C – Carta de Encaminhamento do Projeto ao CEP

Recife, 16 de abril de 2010

De: Cybele Abrantes Tavares – ANÁLISE DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA-PE.

Para: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CPqAM/FIOCRUZ)

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Venho através desta, encaminhar o projeto intitulado “ANÁLISE DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA-PE.” referente ao curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, com previsão de término para agosto de 2010. .

Atenciosamente,

Cybele Abrantes Tavares



ANEXO A - Carta de Anuência

CARTA DE ANUÊNCIA

Itaquitinga, 16 de abril de 2010

Declaro, para os devidos fins, que autorizo o uso do banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), para análise que será realizada no projeto intitulado “ANALISE DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA-PE”, a ser executado no Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, pela aluna Cybele Abrantes Tavares.

Atenciosamente,

Marcondes M. de Melo Tenório
Secretário de Saúde de Itaquitinga